



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Akademiska Sjukhuset

Klinik

**Öron- näs- och
halssjukdomar**

Specialitet

2026-04-23 – 2026-04-24

Datum

Uppsala

Ort

Daniel Nordanstig och Elisabeth

Norder Grusell

Inspektörer

SOSFS 2015:8

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

Vid två parallella utbildningar – enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter – bedöms följsamheten i förhållande till båda. Om brister påvisats vad gäller följsamheten till någon av föreskrifterna krävs en handlingsplan.

Observera att bedömning av följsamhet till föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer gäller både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, såvida inte annat anges.

Styrkor

- God stämning och bra undervisningsklimat
- Engagerad studierektor och verksamhetschef
- Egen kompetent personal på både mottagning, avd och akuten
- Bred och allsidig verksamhet med spetskompetens
- Välutrustade lokaler på mottagning, avdelning och operation
- Goda möjligheter till forskning och journal club förekommer
- Tillräckligt operationsutrymme
- Alla genomför specialistskrivning

Svagheter

- Alla har inte uppdaterad handledarutbildning
- Handledningstid utglesad jämfört med skriftlig riktlinje
- Vik UL pågår länge och saknar IUP, vilket medför trängsel i senare skede
- Schemafunktionen delvis otydlig, lästid ej schemalagd
- IUP finns, men används bristfälligt
- Strukturerat introduktionsprogram saknas
- Bedömningsinstrument används, men bristande koppling och dokumentation mot delmål
- Röntgenronder kan ej upprätthållas pga resursbrist, bristande möjlighet att uppnå delmål avseende utbildning i bilddiagnostik
- Glest med polop

Förbättringspotential

- Ökad användning av pedagogiska evalueringsinstrument (DOPS, Mini-CEX, 360-grader) och koppla till delmål samt dokumentera löpande
- Överväg att vik ut får anställningsförhållanden efter 6 månader jämförd med ST för att undvika trängsel i genomförandet i ett senare skede
- Återkoppling av ledarskap/kommunikativ kompetens t.ex. efter rond, teammöten och undervisning - använd DBJ2 och amanuensjänstgöring – handledning/undervisning under handledning
- Lägg in lästid i schemat
- Öka mängden handledartillfällen och handledarträffar
- Röntgenrond har ett utbildningsvärde som behöver tillgodoses
- Inför remissgranskning under handledning för ST
- Undersök möjlighet att starta polop på mottagningen - möjlighet till handledning
- Utveckla strukturerad återkoppling vid handledning med utgångspunkt från IUP och dokumentera regelbundet progression

STRUKTUR

A Verksamheten

ÖNH-kliniken på Akademiska sjukhuset är en universitetsklinik med bred verksamhet som handlägger de flesta sjukdomstillstånd som förekommer inom ÖNH-specialiteten. Enheten har som uppdrag att bedriva akut och planerad Öron-Näs- och Halssjukvård, med mottagnings- och operationsverksamhet, i både öppen- och slutenvård med ett primärt upptagningsområde på ca 400000 invånare i Uppsala län. Man tar även emot patienter för högspecialiserad vård företrädesvis från de norra delarna av Region Mellansverige.

Kliniken är organisatoriskt självständig och inte samorganiserad med något annat verksamhetsområde på sjukhuset. Ledningen består av verksamhetschef som är läkare och ÖNH-specialist samt biträdande verksamhetschef som är sköterska och också fungerar som avdelningschef för mottagningarna. Det finns en utsedd och erfaren studierektor som innehaft uppdraget sedan 2018, men där nu byte är förestående. Det finns utförliga skriftliga riktlinjer för ST samt hur utvärdering skall ske samt även en samordnande ST-enhet på sjukhuset som ordnar nätverksträffar 2 gånger/termin.

På universitetssidan finns en omfattande utbildnings- och forskningsverksamhet.

Verksamheten är inte nivåstrukturerad och bedriver därmed en stor del basal- och allmän ÖNH sjukvård. Utöver detta finns specialiserade delar inkl stor verksamhet inom grenspecialiteterna Hörsel- och balansrubbningar samt Röst- och talrubbningar. Kliniken är tydligt sektionerad med Tumörsektion inkl. onkologrond, Luftväg- och foniatriktion, Rhinologi och främre skallbassektion, Otosektion inkl CI-team samt Hörsel- och balanssektion. Ansiktstrauma/frakturer ingår inte, då detta handläggs av plastikkirurgen. Det finns en sektionsansvarig läkare på varje sektion som sitter med i klinikledningen, men har inget direkt personalansvar.

Det finns egna anställda audionomer för klinikens specialiserade behov medan övrig hörselvård är organiserad inom Nära vård och hälsa som ligger i primärvårdsförvaltningen. Nära samverkan finns med logopeder och fysioterapeuter som är organiserade under annat verksamhetsområde (rehab) på sjukhuset.

Kliniken har en vårdavdelning med 12 slutenvårdsplatser som dras ner till 6 på helgen. Under 2025 genomfördes 862 vårddygn. Det finns även en dagvårdsavdelning som erbjuder preoperativ vård för ÖNH, Kir, Uro, Ort, Gyn, Plastik och Käk samt postoperativt dagkirurgisk vård för ÖNH, Plastik och Käk. Polikliniska operationer av ffa hudtumörer bedrivs i begränsad omfattning en dag varannan vecka på den dagkirurgiska enheten.

Primärjouren är sjukhusbunden dygnet runt med bakjour i hemmet. Under 2025 genomfördes 4627 akutbesök, varav 3614 på mottagningen dagtid och 1013 på vårdavdelningen kväll och natt.

Kliniken har även en omfattande dagkirurgisk operationsverksamhet 3 dagar/vecka på det landstingsdrivna Samariterhemmet, beläget ett par hundra meter från Akademiska sjukhuset.

2025 genomfördes 21653 läkarbesök och 2190 operationer varav 1513 i dagkirurgi och 677 i slutenvård. Av de dagkirurgiska operationerna har 1053 utförts på Akademiska sjukhuset och 460 på Samariterhemmet.

På kliniken utförs rhinomanometrier, men det finns ingen allergologisk verksamhet. Kliniken utför nattliga andningsregistreringar för utredning av sömnapné, men utprovning av CPAP-behandling sköts av Lungkliniken. Esofagusutredningar (ex. pH-mätningar och manometrier) utförs på den kliniskt fysiologiska avdelningen. På sjukhuset finns en gemensam (kirurgi/ medicin) endoskopienhet.

Det finns ett fåtal privata ÖNH-specialister i närområdet.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:



Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.



Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.



Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Kvalitetsindikator



Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

Gradering

2015

2021



A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

På kliniken finns totalt 30 anställda läkare. Av dessa är 13 heltidsarbetande specialister i Öron-, näs- och halssjukdomar. Det finns ytterligare 13 deltidssarbetande ÖNH-specialister, varav 3 även är grenspecialister i Hörsel- och balansrubbningar, en grenspecialist och snart en färdig ST i Röst- och talrubbningar.

Av specialisterna är 15 disputerade, varav en innehar professur och en docent med ett lektorat. Det finns även tillgång till två seniorprofessorer.

Kliniken har 4 ST-läkare i Öron- Näs och halssjukdomar samt 2 vikarierande underläkare.

Samtliga handledare har genomgått handledarutbildning, med enstaka undantag för handledare till vikarierande underläkare. Studierektorn (SR) är ÖNH- specialist och har genomgått handledarutbildning och studierektorsutbildning.

Studierektor har schemalagt 4 timmar/vecka för sitt studierektorsuppdrag och har sjukhusövergripande skriftlig uppdragsbeskrivning samt även kliniskspecifik uppdragsbeskrivning med konkreta mål.

Skriftliga instruktioner för handledning finns (Handledningssamtal 5-10 ggr/år, IUP revideras minst 1 gång/år, enskild kompetensbedömning av valfri specialist 3 gånger/år, samlad kompetensbedömning 3 gånger/ST i handledarkollegium). Handledarträffar två gånger årligen, Specialistkollegium 2 gånger/år.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- ☐ Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- ☒ Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- ☒ Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- ☒ Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- ☒ Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- ☒ Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

Gradering

2015 2021

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☒ | ☒ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

C Lokaler och utrustning

Mottagningslokaler (fördelade på flera mottagningar), läkarexpeditioner, undervisningslokaler, möteslokal samt dagjourverksamhet ligger i en äldre sammanhållen byggnad. Operationsavdelningen är nyrenoverad i ett äldre hus på sjukhusområdet och vårdavdelningen ligger i ytterligare ett annat nybyggt hus. I anslutning till avdelningen bedrivs jourverksamhet natt/helg och i ytterligare annan byggnad finns även jourrum av god standard. Operation och vårdavdelning går att nå även via kulvertplan från mottagningsbyggnaden.

En del av operationsverksamheten genomförs också på det närbelägna Samariterhemmet.

Lokalerna är äldre men funktionella och en del reparationsarbeten pågår. Plan finns för att verksamheten på sikt skall flytta till andra lokaler inom sjukhuset.

Adekvat utrustning finns med bl.a. sittande/liggande otomiskop i samtliga mottagningsrum, videolaryngoskop (16 st), stroboskop (2 st), flera video-Frenzel, VNG, v-HIT, cVEMP, o-VEMP, TRV-stol, ultraljudsutrustning (4 st). Rinomanometri genomförs på klinken. Lukttest genomförs i Stockholm eller Örebro. Esofagusmanometri samt 24h-ph-mätningar esofagus genomförs på klin fys. OSAS-utredning med nattlig andningsregistrering genomförs inom klinikens verksamhet, men CPAP-utprovningar görs via lungkliniken.

Utrustning för möten och behandlingskonferenser på distans är adekvat.

Alla läkare har egen arbetsplats med dator på delad expedition (2 pers/rum), någon har eget rum. Alla läkarexpeditioner är samlade i samma korridor.

Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:



Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.



Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator



ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.



Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

Gradering

2015

2021



A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Lokala riktlinjer för ST inom ÖNH finns med koppling till delmål, dessa är kända och används. Ramverk för placering inom egen klinik sektionsvis innebär placering inom rinologi (6 mån), luftväg (6 mån), tumör (6 mån), audiologi (4 mån), otokirurgi (4 mån), foniatri (4 mån). Externa randningar utgör ca 9 mån och omfattar anestesi/IVA, palstikkirurgi, käkkirurgi samt skopienhet.

Alla ST-läkare ingår i jourlinjen och utgör en rimlig del av tjänstgöringen - ca 2-4 pass/månad samt någon helgjour (del av helg).

Samtliga ST-läkare har en IUP som dock inte är fullständig med koppling mellan delmål utbildningsaktivitet, läsmål och bedömning av delmålsuppfyllelse. IUP följs upp och revideras regelbundet, men bristfälligt framförallt gällande bedömning kopplat till delmål. IUP saknas för vik ul trots längre tjänstgöring än 6 mån.

ST deltar i klinikutbildning såsom ST-utbildning 3,5h varannan vecka (används dock ibland till annan aktivitet p g a få deltagare, t ex självstudier) "utbildningskvart" varje fredag morgon, journal club 2-3 gånger/termin. På de olika sektionerna hålls också interna möten som man deltar på under respektive placering.

SR är aktiv i sin roll och deltar på specialistkollegium.

Alla nya vik ul/ST får skriftlig introduktion med information om verksamheten och kliniken. Något särskilt introprogram i verksamheten för nya vik ul/ST finns ej, men första veckorna går man bredvid med mycket fokus på dagjour.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- ☒ Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- ☒ Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Föreskrift

- ☒ Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- ☒ Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- ☐ Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- ☒ Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- ☒ Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- ☒ Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- ☒ I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- ☒ Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- ☐ Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- ☐ Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

Gradering

2015 2021

☐☐

A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.

☐☐

B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.

☒☒

C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.

☐☐

D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

E Handledning och kompetensbedömning

Samtliga ST-läkare liksom vik ul har handledare. Alla ST-handledare och specialistläkare har handledarutbildning, dock ett flertal har dito av äldre datum som kräver uppdatering utifrån numera gällande föreskrifter. Här finns dock en plan för uppdateringskurser. En handledarmanual finns. Handledarträffar för ST-handledare förekommer, ambitionen är en gång/termin. Få handledare verkar dock ha deltagit på fler än en handledarträff.

Handledningen är schemalagd, men blir ofta 6-8 v och ibland månader emellan. Handledarsamtal dokumenteras av ST-läkaren, dock inte alltid i IUP.

Specialistkollegium, där klinikens specialistläkare, studierektor samt verksamhetschef medverkar, genomförs på kliniken en gång per termin. Samtliga ST-läkare och vik ul tas upp en gång per år.

Skriftliga riktlinjer hur ST ska genomföras och ST bedömas finns och är kända. Utvärdering av ST läkarens kunskaper och kompetensutveckling bedöms kontinuerligt via exempel via sit-ins samt formella bedömningsmallar - dock relativt sällan och dokumenteras bristfälligt i relation till delmål och bedömning. Efter extern randning brukar återkoppling ske oftast muntligen till HL eller SR och lyftas på Specialistkollegium.

ST-läkare har utvecklingssamtal med verksamhetschef årligen.

I fall där ST-läkare riskerar att inte uppfylla kompetenskrav leder detta till en åtgärdsplan.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- ☒ Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- ☐ Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Föreskrift (endast 2021)

- ☐ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- ☒ Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- ☐ Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- ☒ Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.

Allmänna råd (endast 2015)

- ☐ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator



ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

Gradering

2015

2021



A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.



C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

ST deltar i klinikutbildning som sker varje måndag i samband med läkarmöte samt artikeldragning varje fredag morgon. Vidare har ST-läkarna en eftermiddag (3,5 h) varannan onsdag, där de oftast kan vara med. ST-läkarna ordnar själva programmet, med genomgång av något tema och ibland ägnar man sig åt självstudier. Man har regiongemensamma ST-utbildningsdagar också enligt rullande schema för att täcka delmål 2 gånger/termin.

Som ST får man vara borta minst en vecka per termin för kurser, dels löpande ST-kurser och övriga obligatoriska kurser. Då de flesta får ST efter drygt ett år kan det vara svårt att hinna få in alla kurser som behövs för att täcka in delmålen där kurs behövs.

Det finns ingen specifik litteraturlista på kliniken men man känner till/använder Otolitens dito. Det saknas uppgifter i IUP för planerad litteratur och hur självstudier skall följas upp.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:



Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.



ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

Allmänna råd

- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- ☐ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

Kvalitetsindikator

- ☒ Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☒ | ☒ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Den vetenskapliga kompetensen på kliniken är mycket hög med 15 disputerade läkare. Under senaste två åren har från kliniken publicerats 64 peer-review-granskade artiklar. Samtliga ST-läkare är doktorandanmälda. Det finns ett välfungerande doktorandprogram, och man erbjuds 10 v avsatt för att genomföra ett vetenskapligt arbete under ST.

Det finns regelbundna möten då ST-läkaren kritiskt får granska vetenskapliga artiklar på journal club.

Möjligheterna för att delta i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är goda, även för genomförande av kontinuerligt/återkommande dito. Tid avsätts under 2 veckor för att genomföra ett kvalitetsarbete, men i nuläget sker dock inte detta som ett fortgående kontinuerligt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete enligt föreskriften.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☒ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☐ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Föreskrift (endast 2015)

- ☒ Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsindikatorer

- ☐ Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- ☒ Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- ☒ Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ☒ ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☒ | ☒ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Regiongemensamma kurser finns gällande ledarskap samt kunskap om Hälso- och sjukvårdsorganisation.

ST-läkare är mot slutet av ST ofta dagbakjour (dagbakjour 2) och handleder ST-läkare inom allmänmedicin. Undervisning i seminarieform på läkarprogrammet planeras och genomförs av ST-läkare och ibland amanuensskap är återkommande minst 1,5 v per termin. Som vikarierande underläkare är avdelningstjänstgöring tillsammans med specialist/överläkare frekvent förekommande. På mottagning och operation arbetar ST-läkaren i team med bl.a. undersköterskor och sjuksköterskor. Här finns möjlighet till löpande utveckling avseende ledarskap, handledning och kommunikation, dock genomförs sällan bedömning via formella bedömningsmetoder och inte heller återkoppling i anslutning till något av ovanstående moment.

ST-läkarna erbjuds inte rutinmässigt att auskultera hos chef, men möjlighet finns. Möjlighet till reflektion i grupp finns inte i organiserad form.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ☒ ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ☒ ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ☒ ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ☐ ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ☒ ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

- ☒ Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☒ | ☒ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

HANDLINGSPLAN

Akademiska Sjukhuset - Öron- näs- och halssjukdomar

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med följande handlingsplan.

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.

Planerad åtgärd

En genomgång av de som saknar handledarutbildning och en planering för hur de ska schemaläggas för detta har gjorts. I detta arbete har en rutin skapats för att möjliggöra att handledarutbildningen kan förnyas vart 5:e år.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hälften av de som saknar relevant handledarutbildning anmäls till utbildning hösten 2026 och hälften våren 2027.

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef och ST-studierektor.

Datum för uppföljning

1/9 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef och ST-studierektor.

D. Tjänstgöringens upplägg

Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

Planerad åtgärd

Regelbunden handledning schemaläggs regelbundet 1 gång per månad för att öka möjligheten att jobba med IUP. ST-studierektor genomför idag regelbundna ST-träffar där vikten av att ST-läkaren jobbar aktivt med detta påtalas. Kopplingen mellan respektive delmål, aktivitet och hur utvärdering och återkoppling ska ske ska poängteras mer och tydliggöras. På den träff med huvudhandledare som ST-studierektor genomför varje termin ska detta poängteras på samma sätt. Specialistkollegium som hålls en gång per termin kompletteras med en punkt om IUP och hur man jobbar aktivt med den. Alla ST-läkare har ett IUP utformat för specialiteten och har valt antingen det som är framtaget av Akademiska sjukhuset eller det som utformats av Otoliten.

Vikarierande underläkare har idag handledning från start av vikariatet. Om vikariatet förlängs efter 6 månader med avsikt att leda till ST-tjänst kommer underläkaren beredas möjlighet att delta i kurser, internutbildningar och självstudier samt ökad möjlighet att vara på operation. De ska tillsammans med studierektor och handledare utarbeta en IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Schemalagd handledningstid från september 2026. Genomgång på höstens handledarträff och specialistkollegium.

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, ST-studierektor och schemaansvarig läkare.

Datum för uppföljning

1/9 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, ST-studierektor och schemaansvarig läkare.

E. Handledning och kompetensbedömning

Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.

Planerad åtgärd

Vi hänvisar till vad som skrivits under punkten D då tjänstgöringens upplägg är nära kopplat till handledning och kompetensbedömning. Varje huvudhandledare genomgår handledarutbildning enligt plan beskriven under punkt B. Även övriga specialister planeras för handledarutbildning när huvudhandledarna har fullgjort sin utbildning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2027 för huvudhandledare. Därefter schemaläggs övriga för handledarutbildning

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor och schemaansvarig läkare.

Datum för uppföljning

1/9 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef och studierektor.

E. Handledning och kompetensbedömning

Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Planerad åtgärd

Ändamålsenliga metoder som DOPS, Mini-CEX och 360 grader används idag men kopplingen till specifikt delmål vid varje tillfälle ska tydliggöras, liksom kopplingen till IUP. Se också punkt D.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Genomgång på handledarträffar och specialistkollegium från och med hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor och huvudhandledare.

Datum för uppföljning

1/9 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef och ST-studierektor

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Planerad åtgärd

Flertalet av dagens kvalitetsarbeten är arbeten som leder till olika förbättringar på kliniken, både gällande arbetsmiljö, undervisning och patientrelaterade frågor. För att skapa ett kontinuerligt och fortgående arbete uppmuntras ST-läkarna att utvärdera och följa upp implementeringen av arbetet en tid efter att det genomförts. Arbetet inklusive uppföljningen ska presenteras på klinikkens gemensamma läkarmöten. Mot slutet av ST ska ST-läkaren engageras i kvalitetsregisterarbete.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Införs successivt i och med att ST-läkaren gör sitt kvalitetsarbete och fortgår kontinuerligt under blocket.

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor och huvudhandledare.

Datum för uppföljning

Individuellt för respektive ST-läkare.

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef och ST-studierektor.

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Planerad åtgärd

ST-läkaren ska vara amanuens en gång per termin, vilket motsvarar 7-8 arbetsdagar. Under ST-läkarens amanuensperiod schemaläggs handledare eller annan specialist under en halvdag för att göra en utvärdering av hur ST-läkaren genomför ett seminarium eller en kandidatmottagning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Schemaläggs från hösten 2026 när undervisning av läkarkandidater startar.

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor och schemaläggare.

Datum för uppföljning

18/12 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef och ST-studierektor.